

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DPR 445/2000 art. 46 e 47

TAG: SISAC2024

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____

prov. _____ il _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____ via _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

Email _____

PEC _____

Relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:**L'ASSEGNAZIONE DEGLI ULTERIORI INCARICHI TERRITORIALI RIMASTI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA – ANNO 2024****Si specifica che il presente avviso è pubblicato ai sensi dell'art.34 comma 17 dell'ACN MMG 28/04/2022 e l'assegnazione dei posti vacanti è subordinata all'esito della procedura di cui alla pubblicazione nel Supplemento Ordinario al BUR Regione Umbria – Serie Avvisi e concorsi n. 54 del 17/12/2024 .****Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci****DICHIARA**

- Che gli obblighi relativi al pagamento dell'imposta di bollo sono stati assolti e che la presente marca da bollo (indicare di seguito il numero identificativo e la data)

Valore marca da bollo € <u>16,00</u>	Spazio per apposizione marca da bollo da € 16,00
Numero Identificativo _____	
Data _____	

viene utilizzata esclusivamente per la presente istanza

DICHIARA INOLTRE

- Di aver provveduto ad annullare (apponendovi la data dell'istanza) la predetta marca da bollo;
- Che la marca da bollo indicata è destinata esclusivamente alla presentazione della presente istanza e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data _____ **firma per esteso** _____

La presente dichiarazione va corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.